FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD: Bogota FECHA 10 de marzo de 2020

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____X_____ CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario; CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARAVAEZ- COLCAN SAS NIT 800.066.001-3
Dirección; Calle 49 N° 13-60_ Teléfono 7447555
Fax; _____ Departamento Bogota
Ciudad; Bogota Municipio Bogota

Denominación de la cuenta; Corriente _____X_____
Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: ejecutivodecuental3@laboratoriocolcan.com y SI (_X__)
TELÉFONO: 7447555 SI (__X_)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera Banco caja social Código _____
Sucursal Marly Código_____ Ciudad_Bogota_
Dirección _____ Teléfono_____
Número de la cuenta 21002469626

(Adjuntar certificación bancaria)

ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ
C.E 184.768 de Bogotá D.C
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARAVAEZ- COLCAN SAS
NIT 800.066.001-3